



dr Andrew Weil

Leki z głową

Kiedy są niezbędne,
a kiedy można pozwolić ciału
leczyć się samemu

vital
GWARANCJA ZDROWIA

Leki
z głową

dr Andrew Weil

Leki z głową

Kiedy są niezbędne,
a kiedy można pozwolić ciału
leczyć się samemu

vital
GWARANCJA ZDROWIA

REDAKCJA: Mariusz Warda
SKŁAD: Aleksandra Lipińska
PROJEKT OKŁADKI: Anna Plotko
TŁUMACZENIE: Barbara Mińska

Wydanie I
BIAŁYSTOK 2018
ISBN 978-83-65846-65-5

Tytuł oryginału: Mind Over Meds: Know When Drugs Are Necessary, When Alternatives
Are Better and When to Let Your Body Heal on Its Own

Copyright © 2017 by Andrew Weil, M.D. All rights reserved.

© Copyright for the Polish edition by Wydawnictwo Vital, Białystok 2017
All rights reserved, including the right of reproduction in whole or in part in any form.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tej publikacji nie może być powielana
ani rozpowszechniana za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych,
kopiujących, nagrywających i innych bez pisemnej zgody posiadaczy praw autorskich.

Dołożono wszelkich starań, aby informacje zawarte w tej książce były kompletne i dokładne. Jednak
ani wydawca, ani autor udzielają profesjonalnych porad ani usług indywidualnym czytelnikom.
Idee, procedury i sugestie zawarte w tej książce nie mają na celu zastąpienia konsultacji lekarskich.
Wszystkie kwestie związane z twoim zdrowiem wymagają nadzoru lekarza. Ani autor, ani wydawca
nie biorą odpowiedzialności za jakiegokolwiek straty lub szkody rzekomo powstałe w wyniku informacji
zawartych w tej książce.

Skanowanie, ściąganie i powielanie tej książki bez zgody jest kradzieżą własności intelektualnej autora.



15-762 Białystok
ul. Antoniuk Fabr. 55/24
85 662 92 67 – redakcja
85 654 78 06 – sekretariat
85 653 13 03 – dział handlowy – hurt
85 654 78 35 – www.vitalni24.pl – detal
strona wydawnictwa: www.wydawnictwovital.pl
sklep firmowy: Białystok, ul. Antoniuk Fabr. 55/20

Więcej informacji znajdziesz na portalu www.odzywianie24.pl

PRINTED IN POLAND

Dla moich kolegów zajmujących się medycyną integracyjną.

Spis treści

Lista współautorów	9
Zbyt wiele leków: problem – i rozwiązanie	17
1. Antybiotyki	37
2. Statyny.....	53
3. Leki na chorobę refluksową.....	67
4. Leki przeciwhistaminowe.....	85
5. Leki na przeziębienie i grypę.....	97
6. Leki nasenne	111
7. Sterydy	127
8. Niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ).....	141
9. Leki psychiatryczne dla dorosłych.....	153
10. Leki psychiatryczne dla dzieci i nastolatków	167
11. Leki na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)	183
12. Opioidy i leczenie przewlekłego bólu.....	197
13. Leki przeciwnadciśnieniowe	213
14. Leki na cukrzycę.....	227

15. Leki na osteopenię i inne uwarunkowania.....	239
16. Nadmiar leków stosowanych u dzieci.....	253
17. Nadmiar leków stosowanych u osób starszych.....	265
18. Nadmierna zależność od leków: spojrzenie farmaceuty	275
 Ostatnie słowa.....	 281
Podziękowania	285
Materiały	287
Przypisy	289
O Autorze.....	325

Lista współautorów

Opinie wyrażone w tej książce są tylko moje. Wymienieni poniżej koledzy dostarczyli informacje i dane z badań, które wykorzystałem podczas pisania o różnych grupach leków omówionych na tych stronach.

Rozdział 1. Antybiotyki

Dr n. med. Maya Shetreat-Klein, neurolog dorosłych i dzieci, zielarka, naturalistka i rolnik miejski w Nowym Jorku. Jest założycielką i dyrektorką Instytutu Terrain, programu szkoleniowego, który odkrywa związek pomiędzy ciałem, a otaczającym nas światem. Jest autorką *Zdrowego brudu*.

Rozdział 2. Statyny

Dr n. med. Stephen Devries, stypendysta Amerykańskiego Colleg'e'u Kardiologii, kardiolog i dyrektor generalny Gaples Institute for Integrative Cardiology, organizacji non-profit zajmującej się promowaniem roli odżywiania i stylu życia w opiece medycznej.

Dr Devries jest współautorem *What Your Doctor May Not Tell You About Cholesterol* i współredaktorem *Integrative Cardiology*.

Rozdział 3. Leki na chorobę refluksową

Dr n. med. Gerard Mullin (thefoodmd.com) jest profesorem nadzwyczajnym w szpitalu Johna Hopkinsa. Ma ponaddwudziestoletnie doświadczenie kliniczne w dziedzinie gastroenterologii. Jego najnowsza książka zatytułowana jest *Zadbaj o równowagę mikroflory jelitowej. Popraw odporność i schudnij raz na zawsze*.

Dr n. med. Alyssa Parian jest adiunktem w szpitalu Johna Hopkinsa. Zajmuje się medycyną wewnętrzną i gastroenterologią, specjalizuje się w leczeniu nieswoistego zapalenia jelit.

Rozdział 4. Leki przeciwhistaminowe

Dr n. med. Randy Horowitz jest internistą/immunologiem i profesorem nadzwyczajnym medycyny w Centrum Medycyny Integracyjnej na Uniwersytecie Arizona. Jest współautorem *Integrative Rheumatology* i autorem mającej się ukazać książki *Integrative Allergy and Asthma*.

Rozdział 5. Leki na przeziębienie i grypę

Dr n. med. Russell H. Greenfield jest profesorem klinicznym medycyny na Uniwersytecie Karoliny Północnej, w Szkole Medycznej Chapel Hill. Prowadzi praktykę medycyny integracyjnej

w Charlotte i jest konsultantem organizacji zajmujących się inicjatywami związanymi z medycyną alternatywną.

Rozdział 6. Leki nasenne

Dr Rubin Naiman (DrNaiman.com) jest psychologiem, specjalistą od snów i śnienia oraz adiunktem medycyny w Centrum Medycyny Integracyjnej na Uniwersytecie Arizona. Jest również dyrektorem Circadian Health Associates; organizacji, która kształci i udziela konsultacji w zakresie zaburzeń snu. Dr Naiman jest autorem wielu książek, m. in. *Healing Night*.

Rozdział 7. Sterydy

Dr n. med. Nisha Manek jest specjalistką w dziedzinie reumatologii i medycyny integracyjnej. Praktykuje reumatologię integracyjną w Centrum Medycznym HonorHealth Scottsdale Shea i w Regionalnym Centrum Medycznym Kinoman w Arizonie.

Rozdział 8. Niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

Dr n. med. i dr zdrowia publicznego Leila Ali-Akbarian jest lekarzką rodzinną i dyrektorką medyczną Centrum Cancer Supportive Care Clinic na Uniwersytecie Arizona, gdzie przyjmuje pacjentów jako multidyscyplinarny lekarz medycyny integracyjnej.

Dr n. med. Patricia Lebensohn jest lekarzką rodzinną i dyrektorką programu Integrative Medicine in Residency (IMR) na Uniwersytecie Arizona. IMR został przyjęty przez ponad

sześćdziesiąt programów szkolących lekarzy w Stanach Zjednoczonych, Tajwanie i Niemczech.

Dr n. med. Mari Ricker jest lekarką rodzinną i wicedyrektorką programu Integrative Medicine in Residency w Centrum Medycyny Integracyjnej na Uniwersytecie Arizona.

Rozdział 9. Leki psychiatryczne dla dorosłych

Dr n. med. Jingduan Yang, członek Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (jdyangmd.com) jest psychiatrą, adiunktem psychiatrii klinicznej i dyrektorem Programu Akupunktury i Medycyny Orientalnej w szpitalu Uniwersytetu Thomasa Jeffersona w Filadelfii. Jest także członkiem kadry uniwersyteckiej Centrum Medycyny Integracyjnej na Uniwersytecie Arizona. Dr Yang jest założycielem Instytutu Tao Współczesnego Zdrowia (taoinstitute.com) i autorem popularnej książki *Twarzą na wschód. Czuj się lepiej, wyglądaj młodziej i ciesz się zdrowiem.*

Rozdział 11. Leki na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD)

Dr n. med. Stanford Newmark jest pediatrą i dyrektorem programów klinicznych w Centrum Medycyny Integracyjnej Osher na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco, gdzie również jest profesorem klinicznym pediatrii. Jest autorem popularnej książki *ADHD Without Drugs: A Guide to the Natural Care of Children with ADHD.*

Rozdział 12. Opioidy i leczenie przewlekłego bólu

Dr n. med. Robert Bonakdar jest dyrektorem zarządzania bólem w Centrum Medycyny Integracyjnej Scripps w La Jolla w Kalifornii, adiunktem w Szkole Medycznej San Diego na Uniwersytecie Kalifornijskim. Jest współredaktorem *Integrative Pain Management*.

Rozdział 13. Leki przeciwnadciśnieniowe

Dr n. med., mgr filozofii J. Adam Rindfleisch jest lekarzem rodzinnym i profesorem nadzwyczajnym na Wydziale Medycyny Rodzinnej i Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie Wisconsin. Prowadzi praktykę integracyjnej opieki zdrowotnej oraz akademicki program członkowski medycyny integracyjnej na Uniwersytecie Wisconsin.

Rozdział 14. Leki na cukrzycę

Dr n. med. Denise Millstine jest adiunktem medycyny i dyrektorką programu medycyny integracyjnej w szpitalu Kliniki Mayo w Phoenix. Jest również członkiem kadry w Centrum Medycyny Integracyjnej na Uniwersytecie Arizona.

Rozdział 15. Leki na osteopenię i inne uwarunkowania

Dr n. med. Elizabeth S. Smoots (DrSmoots.com) praktykuje medycynę rodzinną w Seattle. Jest dyrektorem medycznym

Practical Prevention, programu, który pomaga firmom związanym z opieką zdrowotną edukować ich klientów, jak zachować zdrowie, dobrą kondycję fizyczną i samopoczucie. Dr Smoots jest autorką popularnej książki *Allergy Guide: Alternative and Conventional Solutions*.

Rozdział 16. Nadmiar leków u dzieci

Dr n. med. Hilary McClafferty, członkini Amerykańskiego Towarzystwa Pediatricznego, jest wykwalifikowanym pediatrą, specjalistką od nagłych wypadków pediatricznych i medycyny integracyjnej. Jest profesorem nadzwyczajnym na Wydziale Medycyny w College'u Medycznym Arizona na Uniwersytecie Arizona oraz dyrektorką programu szkoleniowego w zakresie medycyny integracyjnej dzieci w Centrum Medycyny Integracyjnej na Uniwersytecie Arizona, gdzie również prowadzi katedrę medycyny integracyjnej. Jest prezesem Sekcji Medycyny Integracyjnej Amerykańskiej Akademii Pediatrii oraz autorką książki *Integrative Pediatrics: Art, Science, and Clinical Application*.

Rozdział 17. Nadmiar leków u dorosłych

Dr n. med. Julia Jernberg ukończyła trzyletnie stypendium naukowe w dziedzinie geriatry na Uniwersytecie Arizona i obecnie jest dyrektorem medycznym kliniki medycyny geriatrycznej Iora Health w Tucson.

Rozdział 18. Nadmierna zależność od leków: spojrzenie farmaceuty

Kim DeRhodes, magister farmacji, jest farmaceutką praktykującą w Charlotte w Karolinie Północnej. Ma ponad trzydzieści pięć lat doświadczenia w farmacji szpitalnej i w handlu, ma dyplom zarządzania leczeniem farmaceutycznym. Dodatkowo, jest wykwalifikowana w stosowaniu witamin, ziół i suplementów diety. Przyjmuje pacjentów, by robić przegląd ich leków i udzielać konsultacji odnośnie optymalnego stosowania suplementów.

Hang M. (Emiley) Pham, dr farmacji, ukończyła stypendium w Centrum Medycyny Integracyjnej na Uniwersytecie Arizona. Obecnie pracuje jako społeczna farmaceutka w El Bajon w Kalifornii.

Zbyt wiele leków: problem – i rozwiązanie

Mamy problem. Więcej ludzi przyjmuje więcej leków niż kiedykolwiek wcześniej i to jest powód do niepokoju. Stosowanie leków na receptę błyskawicznie wzrosło od połowy poprzedniego wieku: obecnie Amerykanie przyjmują dziesięć razy więcej leków niż w latach 50. ubiegłego wieku. Około połowa z nas obecnie przyjmuje przynajmniej jeden lek, co stanowi wzrost o 20% od 1994 roku. Stosowanie leków bez recepty wzrosło równie dramatycznie. I więcej ludzi niż kiedykolwiek przyjmuje suplementy diety, leki ziołowe i inne produkty promowane ze względu na korzyści dla zdrowia, nawet jeśli brak naukowych dowodów na bezpieczeństwo i skuteczność wielu z nich.

Jak wiele leków przyjmujesz? A twoi rodzice? Twoje dzieci? Twoi przyjaciele? Czy wiesz, jakie to leki? Jak działają? Jakie przynoszą korzyści i jakie niosą ze sobą zagrożenia? W jakie interakcje mogą wchodzić ze sobą i z innymi produktami, które przyjmujesz? Czy istnieją alternatywy dla leków, które mogą kontrolować dolegliwości zdrowotne twoich bliskich?

Zbyt często lekom nie udaje się naprawić problemu, który mają rozwiązywać lub po prostu redukują objawy, nie rozwiązując głównych przyczyn choroby. Zbyt często postrzegane są jako szybki sposób na dolegliwości, których znacznie łatwiej pozbyć

się dzięki zmianie diety, zwiększeniu aktywności fizycznej, poprawie zakłóceń snu i praktykowaniu technik neutralizujących szkodliwy wpływ stresu. W najlepszym przypadku korzystne działanie leków jest znacznie słabsze niż deklarowane przez producentów, którzy również bagatelizują ryzyko związane z ich stosowaniem. W najgorszym przypadku wiele z tych leków czyni więcej złego niż dobrego.

„Jedynie, co robią lekarze, to przepisują ci tabletki” – słyszę od wielu pacjentów. Coraz więcej lekarzy mówi mi, że nie czują się z tym komfortowo. Jedna lekarka powiedziała mi ostatnio, że „jest zmęczona wpychaniem pigułek”. Inny lekarz, psychiatra, powiedział, że niepokoi go to, iż większość pacjentów psychiatrycznych chodzi do internisty tylko cztery razy w roku – na 15 minutową wizytę – aby skorygować ich leki.

Jako dyrektor Centrum Medycyny Integracyjnej Uniwersytetu Arizona uczyłem setki lekarzy, pracowników służby zdrowia, rezydentów i studentów o korzyściach i zagrożeniach związanych z przyjmowaniem leków. Pytanie, które zawsze zadaję, brzmi: „Jak to się stało, że wierzymy, iż leki są najskuteczniejszym sposobem leczenia choroby?”. Medycyna i medykamenty zaczerpnięte są od starożytnej indoirañskiej podstawy słowotwórczej, oznaczającej „przemyślane działanie, by przywrócić porządek”. Tę samą podstawę słowotwórczą ma angielskie słowo *measure* (środek) i *medytować*. Ciekawe, że „przemyślane działanie” stało się synonimem dawania i przyjmowania substancji chemicznych.

Leki są silne. Niektóre są cudownie skuteczne – jak opium i jego pochodne w przypadku bólu oraz antybiotyki w przypadku infekcji bakteryjnych, które przez wieki zabijały ludzi. Odkrycie insuliny ocaliło wiele osób z cukrzycą typu pierwszego przed przedwczesną śmiercią. Czynniki używane w chemioterapii wyleczyły formy białaczki i chłoniaka, które zawsze

były śmiertelne. Leki przeciwwirusowe zmieniły HIV z wyroku śmierci w przewlekłą chorobę, z którą można sobie poradzić. Obecnie żaden odpowiedzialny lekarz nie odrzuci leków jako metody leczenia choroby i utrzymywania zdrowia.

Ale to tylko jedna metoda. Istnieje wiele innych interwencji, które nie wymagają stosowania leków. Niestety, nie uczy się o nich w konwencjonalnych szkołach medycznych i to jeden z powodów, dlaczego większość lekarzy bazuje na lekach. Jednym z przykładów jest zmiana diety. Gdy rozpisuję pacjentowi plan leczenia, moje pierwsze zalecenia zawsze dotyczą diety: czego nie jeść, czego jeść więcej, jak zmienić nawyki żywieniowe, by poprawić zdrowie. Jako podstawowa strategia leczenia, zmiana diety może być niezwykle skuteczna. Stosowanie diety przeciwzapalnej może tak poprawić stan zdrowia osoby mającej artretyzm, alergię i inne dolegliwości, że leki można ograniczyć, a w niektórych przypadkach wyeliminować. Wiele dowodów łączy dietę śródziemnomorską z dobrym zdrowiem, długowiecznością i niskim ryzykiem chorób. Dieta DASH jest skuteczną interwencją przy obniżaniu poziomu ciśnienia krwi. Wyeliminowanie produktów z mleka krowiego z diety często prowadzi do znacznej poprawy nawracających infekcji uszu u dzieci i przewlekłego zapalenia zatok u dorosłych. Regularne spożywanie pokarmów z soi, już od najmłodszych lat, daje znaczną ochronę przed nowotworami hormonozależnymi – rakiem piersi u kobiet i rakiem prostaty u mężczyzn. Ale ponieważ lekarze nie są przeszkoleni w zakresie medycyny żywienia, większość z nich nie jest w stanie dać nam takiej rady. Zamiast tego bazują na lekach.

Leki roślinne przez wieki były filarami medycyny ludowej w wielu kulturach. Wiele nowoczesnych leków farmaceutycznych robi się z roślin lub są wariacjami cząsteczek początkowo odkrytych w roślinach. Leki ziołowe mogą być zarówno

bezpieczne, jak i skuteczne. Przykładowo, liofilizowane liście pokrzywy zwyczajnej (*Urtica dioica*) przynoszą ulgę w objawach kataru siennego (swędzące oczy, kichanie, katar) tak samo skutecznie, jak leki przeciwhistaminowe, a nie wywołują skutków ubocznych. Ekstrakt z korzenia waleriany (*Valeriana officinalis*) bardzo skutecznie wywołuje sen u wielu ludzi. Wyciąg z nasion ostropestu plamistego (*Silybum marianum*) chroni wątrobę przed urazami spowodowanymi przez toksyny (alkohol, lotne rozpuszczalniki i leki farmaceutyczne, które uszkodzają ten narząd). Ale ponieważ lekarze nie są wyszkoleni w medycynie roślinnej, większość nie wie, jak używać substancji pochodzenia roślinnego. Zamiast tego bazują na lekach.

Medycyna umysłu-ciała jest ogólnym określeniem sposobów leczenia, które wykorzystują związek pomiędzy umysłem a ciałem; obejmują one hipnozę, prowadzoną terapię wyobrażeń, wizualizacje, biofeedback, medytacje i inne techniki, które są zarówno opłacalne, jak i nie wymagają zbyt wiele czasu. Często wysyłam pacjentów do praktyków medycyny umysłu-ciała i stale widzę niesamowitą poprawę, a czasami całkowite rozwiązanie problemów tak różnorodnych, jak atopowe zapalenie skóry (egzema), zespół jelita nadwrażliwego i choroby autoimmunologiczne. Ale ponieważ żaden z tych sposobów nie znajduje się w programie konwencjonalnej medycyny, większość lekarzy nie wie, kiedy i jak odsyłać pacjentów. Zamiast tego bazują na lekach.

Praca z oddechem – uczenie się, jak zmienić nawyki oddychania i praktykować konkretne techniki oddychania – ma niesamowity wpływ na fizjologię. Nie może zaszkodzić, nie wymaga żadnego sprzętu i nic nie kosztuje. Może skorygować niektóre arytmie i problemy żołądkowo-jelitowe. Jest najskuteczniejszym sposobem leczenia lęku, jaki znam, a także najprostszą metodą łagodzenia stresu. Ale ponieważ informacje o pracy z oddechem nie pojawiają się podczas

szkolenia medycznego, niewielu lekarzy może poinstruować pacjentów, jak ją wykonać. Zamiast tego opierają się na lekach.

Dowody na korzyści dla zdrowia płynące z ćwiczenia są przytłaczające. Większa aktywność fizyczna może skutecznie zapobiegać i leczyć depresję, pomagać normalizować ciśnienie krwi i, razem ze zmianą diety, spowodować remisję wielu przypadków cukrzycy typu drugiego. Na ten temat lekarze mają pewną wiedzę, ale nie są uczeni tego, jak motywować pacjentów do ćwiczeń. Zamiast tego bazują na lekach.

Medycyna manualna, taka jak kręgarstwo i osteopatia oraz różne formy masażu, to skuteczna i bezpieczna metoda leczenia nie tylko zaburzeń mięśniowo-szkieletowych, ale również innych dolegliwości zdrowotnych. Masaż krzyżowo-czaszkowy, technika osteopatyczna, może zakończyć cykle nawracających infekcji ucha u dzieci, bez żadnych skutków ubocznych ani częstych serii antybiotyków. Masaż wisceralny, wykonywany przez niektórych osteopatów, może poprawić złe funkcjonowanie organów wewnętrznych. Ale ponieważ większość lekarzy nie zna się na medycynie manualnej, nie wiedzą, jak i kiedy skierować pacjentów do odpowiednich specjalistów. Zamiast tego bazują na lekach.

Tradycyjne systemy, takie jak Tradycyjna Medycyna Chińska i Ajurweda, składają się z różnych sposobów leczenia, łącznie z korektami diety, lekami ziołowymi, masażem i wyspecjalizowanymi technikami, takimi jak akupunktura w medycynie chińskiej i oczyszczanie w Ajurwedzie. Mogą skutecznie radzić sobie z przewlekłymi dolegliwościami zdrowotnymi, jak astma, alergie i nieswoiste zapalenie jelit. Akupunktura może znacznie poprawić ostre zapalenie zatok, a także zmniejszyć ból pleców i depresję. Ale ponieważ lekarze nie uczą się o tych systemach podczas swojej edukacji, większość nie wie, kiedy skierować na nie pacjentów ani jak znaleźć kompetentnych praktyków. Zamiast tego bazują na lekach.

Producenci tych leków, znani pod wspólną nazwą Big Pharma, mają ogromny wpływ na lekarzy. Sponsorują badania, które następnie napędzają praktykę. W badaniach leki porównywane są z placebo, by ustalić ich skuteczność, ale prawie nigdy ze zmianami stylu życia, które mogą wpływać tak samo dobrze lub nawet lepiej. Informacje, na których opierają się lekarze, gdy przepisują leki, częściej pochodzą ze źródeł przemysłu niż z obiektywnych źródeł. I pomimo prób ograniczenia ich wpływu, przedstawiciele tych firm wciąż są obecni w gabinetach lekarskich, starając się namówić lekarzy, by wciskali ich produkty. Reklamy farmaceutyków są głównym źródłem przychodu czasopism medycznych, zagrażając obiektywności tych czasopism w kwestii akceptowania lub odrzucania artykułów, które przedstawiają wyniki badań leków i w kwestii publikacji ich w widocznym miejscu.

Dodaj do tego silne pragnienie amerykańskich pacjentów, by otrzymywać leki. Ich wiara w leki jest tak wielka, jak wiara ich lekarzy. Gdyby przeciętnemu lekarzowi powiedzieć, aby poradził sobie z przypadkiem bez leków, najprawdopodobniej nie wiedziałby, co zrobić. Gdyby przeciętny pacjent wiedział, że pod koniec wizyty nie otrzyma recepty, prawdopodobnie poczułby się oszukany i poszedł do innego specjalisty, by dostać leki, szczególnie produkty reklamowane w telewizji. W ostatnich latach bezpośrednio reklamy leków na receptę znacznie zwiększyły popyt na nie. Nowa Zelandia jest jedynym krajem, oprócz Stanów Zjednoczonych, zezwalającym na taką promocję, która jest skarbem dla producentów leków i katastrofą dla praktyki medycznej.

Weź także pod uwagę, że sposoby leczenia bez leków wymagają aktywnego uczestnictwa pacjentów, a uzyskanie wyników może wymagać więcej czasu. Szczególnie wymagające są modyfikacje stylu życia. Ludzie nie zmieniają nawyków żywieniowych ani nie zaczynają ćwiczyć, o ile nie zmotywuje się ich do wysiłku. Wielu

pacjentów woli ominąć wysiłek i wziąć pigułkę. Koszt pigułki jest często pokrywany w całości lub częściowo przez ubezpieczenie. Koszty suplementów diety, leków ziołowych i niewymagających leków sposobów leczenia, o których wspomniałem, mogą nie być pokrywane przez ubezpieczenie.

Nic dziwnego, że zaczęliśmy wierzyć, iż leki to jedyny skuteczny sposób leczenia choroby.

Dlaczego więc są powodem do niepokoju? Z dwóch powodów: bezpieczeństwa i skuteczności leków, na których polegamy.

Jedyną różnicą pomiędzy lekiem a trucizną jest dawka. (*Farmakologia* pochodzi od greckiego słowa określającego truciznę). Wszystkie leki stają się toksyczne, gdy zwiększa się ich dawkę, a niektóre trucizny w małych dawkach są w rzeczywistości użytecznymi czynnikami terapeutycznymi. Rośliny medyczne są zwykle znacznie bezpieczniejsze niż ich oczyszczone pochodne, ponieważ aktywne składniki obecne są w niskim stężeniu, rzadko przekraczającym 5 lub 10% suchej wagi rośliny, a często nawet mniej. Leki roślinne to rozcieńczone formy naturalnych leków. Oczywiście mogą być stężone jako płyn lub ekstrakty stałe, ale te produkty wciąż mają stosunkowo niski potencjał w porównaniu do wyizolowanych oczyszczonych składników. A te składniki mogą być zmienione, by stawać jeszcze silniejszymi – to ulubiona strategia chemików farmaceutycznych. Najpowszechniej stosowane leki farmaceutyczne są niezwykle silne. Silne leki mogą być niezbędne w przypadkach poważnych lub ostrych chorób, ale obecnie stosujemy je na wszystkie choroby, nawet te, które nie są poważne. Niestety, stężenie farmaceutycznej mocy nieuchronnie zwiększa toksyczność; te dwie wartości są nierozłączne.

Lekarze zaczęli wierzyć, że najlepszymi lekami są te, które działają szybko i silnie. Konsekwencją polegania na takich silnych

lekach jest bardzo wysoka częstotliwość reakcji niepożądanych, od przejściowego dyskomfortu do trwałych urazów i śmierci.

Moje własne zainteresowanie tym, jak leczyć częste formy chorób bez leków, pojawiło się, gdy obserwowałem coraz więcej przypadków toksyczności leków. Pewne wczesne doświadczenie, którego nigdy nie zapomnę, dotyczyło śmierci pacjenta podczas mojego stażu w szpitalu Mount Zion w San Francisco w 1969 roku. Podczas trwającego miesiąc stażu na oddziale neurologii brałem udział w porannym obchodzie z dwoma lekarzami i dwoma rezydentami. Pewnego dnia zobaczyliśmy dopiero co przyjętego pacjenta, który przeszedł rozległy udar – człowieka po osiemdziesiątce. Był w śpiączce, nie reagował na bodźce, miał niewielkie szanse na przeżycie. Największym problemem było to, że miał częste drgawki, które wkrótce stały się trwałe. Starszy lekarz miał zatrzymać je za pomocą dożyłnej dawki niezawodnego leku przeciwdrgawkowego, fenytoiny, ale wtedy odezwałem się, by powiedzieć, że wykładowca ze Szkoły Medycznej Harvarda powiedział nam, że dożyłne podanie diazepamu (Valium), od niedawna zatwierdzonego leku do leczenia nieustających drgawek, jest lepszym rozwiązaniem. „Dobrze, spróbuj” – powiedział lekarz.

Reszta zespołu poszła dalej. Poprosiłem pielęgniarkę, by przyniosła mi strzykawkę z Valium i stosując się do instrukcji na produkcie powoli wstrzyknąłem odpowiednią dawkę do kroplówki pacjenta. Drgawki ustały w ciągu minuty. Zadowolony z siebie opuściłem salę, by dołączyć do reszty zespołu. Kilka minut później otrzymałem nagłe wezwanie. Lek zatrzymał nie tylko drgawki pacjenta, ale również jego oddychanie. Zmarł z powodu niewydolności oddechowej. Nieważne, że był umierający zanim podałem mu Valium, ani to, że odszedł spokojnie. Byłem zdruzgotany. Nie muszę dodawać, że nigdy więcej nie podałem nikomu Valium (ani innego silnego leku farmaceutycznego).

Co roku w Stanach Zjednoczonych na skutek niepożądanych reakcji następują setki tysięcy zgonów. I nie mówimy tu o błędach medycznych: w tych wszystkich przypadkach podawany jest odpowiedni lek, w odpowiedniej dawce, przy odpowiednich wskazaniach. Reakcje niepożądane są czwartą główną przyczyną śmierci w moim kraju i plasują się pomiędzy czwartą, a szóstą najczęstszą przyczyną śmierci u hospitalizowanych pacjentów.

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA – od *Food and Drug Administration* – przyp. tłum.) wymaga od producentów, by wymieniali wszystkie możliwe skutki uboczne stosowania leków na etykietach i w reklamach. Często jest ich tak wiele, że zajmują większość miejsca w reklamach drukowanych. Na biurku mam reklamę brekspiprazolu (Rexulti), rozciągającą się na trzy strony ogólnokrajowego czasopisma, zatytułowaną „Nadszedł czas, by poczuć się lepiej w kwestii stawiania twarzą w twarz ze światem”. Rexulti jest lekiem przeciwpsychotycznym, stworzonym początkowo do leczenia poważnych chorób psychicznych, ale obecnie został zatwierdzony do leczenia depresji, w połączeniu z lekami przeciwdepresyjnymi. (Coraz więcej badań pokazuje, że najczęściej stosowane antydepresanty nie są skuteczne, ale łączenie ich z innymi lekami nie jest lepsze. O tej dyskusyjnej praktyce przeczytasz w rozdziale 9). Reklama namawia ludzi, którzy od przynajmniej ośmiu tygodni stosują antydepresanty i wciąż czują się przygnębieni, aby zapytali swojego lekarza „czy dołożenie Rexulti jest dla nich dobre”. Drobnym drukiem, który wypełnia większość trzech stron, opisuje skutki uboczne i toksyczne katastrofy, które mogą spotkać tych, którzy przyjmują lek; zaliczają się do nich dezorientacja, myśli samobójcze, niekontrolowane ruchy ciała, problemy z metabolizmem, udar i śmierć.

W telewizyjnych i radiowych reklamach leków spikerzy muszą mówić komicznie szybko, by wymienić wszystkie ostrzeżenia

i możliwe skutki uboczne. To zakrawa na parodię. Ale nie ma nic zabawnego w doświadczeniu ostrych reakcji niepożądanych na leki.

Pamiętaj, że wszystkie leki wywierają różnorodny wpływ na różne organy i funkcje organizmu. Są kupowane, przypisywane i spożywane dla jednego pożądanego efektu, inne skutki zdegradowane są do drobnego druku pod nagłówkiem „Możliwe skutki uboczne”. Ale dla niektórych pechowców jeden z tych skutków ubocznych może okazać się jedynym skutkiem, jaki odczują. Najpopularniejsza grupa antydepresantów – selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny lub SSRI (od ang. *selective serotonin reuptake inhibitors* – przyp. tłum.) – zwiększają poziom neuroprzekaźnika serotoniny w mózgu. Mamy tendencję do ignorowania wpływu tych leków na mięśnie i funkcje seksualne, o ile nie przysłonią one pozytywnego wpływu na nastrój. Antybiotyki, które stosujemy, by zabijać lub hamować rozwój bakterii wywołujących choroby mogą zmieniać funkcjonowanie wątroby i nerek oraz zakłócać trawienie. Przy podejmowaniu decyzji o przyjmowaniu leków należałoby brać pod uwagę zagrożenia, które są znacznie poważniejsze niż zagrożenia związane ze zmianą stylu życia i większością terapii niestosujących leków.

Weź pod uwagę także to, że ludzie różnią się między sobą tym, jak reagują na leki. Ten fakt jest rzadko podkreślany podczas szkolenia lekarzy lub w materiałach marketingowych producentów leków. Przykładowo, niektórzy ludzie nie tolerują statyn, ponieważ podczas ich stosowania doświadczają ostrego bólu mięśni lub ich osłabienia. Jeśli reakcja niepożądana dotknie znacznej liczby ludzi, nazywamy to „skutkiem ubocznym”. Jeśli dotyczy ona nielicznych, jest to „reakcja specyficzna”, to znaczy osobliwa dla jednostki. Różne reakcje na ten sam lek mogą odzwierciedlać genetyczne różnice lub wybryki biochemii. Na

horyzoncie pojawia się nowa era celowanego leczenia lekami: analiza genomu może ujawnić, kto pozytywnie zareaguje na lek, a kto nie. Obecnie większość lekarzy przepisujących leki ma podejście uniwersalne.

Nie zakładaj, że leki bez recepty nie są toksyczne. Same w sobie mogą wywoływać różnorodne reakcje niepożądane, mogą też wchodzić w interakcje z lekami na receptę w sposób stwarzający zagrożenie. Obecnie dostępne bez recepty są różne formy niesterydowych leków przeciwzapalnych, sterydów i blokujących kwas leków na chorobę refluksową. Ich dostępność bez recepty zachęca do przypadkowego stosowania, bez względu na problemy, które mogą wywołać. Jak przeczytasz na kolejnych stronach, kłopoty mogą spowodować popularne sprzedawane bez recepty leki ułatwiające zasypianie oraz leki na przeziębienie i gripę.

Wiele interwencji medycznych (i wiele działań, w które decydujemy się zaangażować) obarczonych jest ryzykiem. Kluczem jest ustalenie równowagi pomiędzy ryzykiem, a korzyściami. Szczepienia ochronne mogą zrobić krzywdę, ale moim zdaniem i w zgodnej opinii środowiska medycznego, korzyści szczepień znacznie przewyższają ryzyko. To znaczy, szkody, które wyrządzają choroby, którym zapobiegają szczepienia, są znacznie większe, niż szkody wyrządzane przez szczepienia. To może być małe pocieszenie dla rodziców, których dziecko cierpi z powodu poważnych reakcji niepożądanych na szczepionkę, jednak jest to prawda.

Często proszę lekarzy i studentów medycyny, by stworzyli listę leków, które zabraliby ze sobą, gdyby mieli udać się na bezludną wyspę. Na mojej liście znalazłyby się aspiryna, penicylina, morfina, prednizon i kilka innych leków, których skuteczność jest na tyle duża, że korzyści przewyższają ryzyko. Nie dodałbym do listy żadnego produktu farmaceutycznego obecnie żarliwie promowanego w telewizji, radio i w prasie. Moja ogólna opinia o tych

lekach jest taka, że producenci stale przesadnie podkreślają ich korzyści i nieustannie bagatelizują szkody, które mogą wyrządzić.

Leki często wydają się być najbardziej skuteczne wkrótce po ich wprowadzeniu na rynek, a ich skuteczność osłabia się z czasem. Często cytowane w medycynie porzekadło radzi nam, by „stosować nowe leki jak najwięcej, zanim stracą swoją zdolność uzdrawiania”. Powodem jest reakcja placebo – zdrowienie zapoczątkowane przez wiarę w działanie leku lub innego sposobu leczenia. Zarówno lekarze, jak i pacjenci bardziej wierzą w siłę nowych leków, a ta wiara może dodać otoczkę wytwarzanej przez umysł skuteczności do skuteczności rzeczywistego działania leku. Popieram reakcje placebo; zamiast starać się je wyeliminować, co chce zrobić większość badaczy, powinniśmy szukać sposobów, by następowały częściej. W końcu reprezentują aktywność wrodzonego układu leczenia ciała. Wolałbym nie uzyskiwać ich za pomocą zwodzenia pacjentów pigułkami z cukru, ale prezentując z przekonaniem skuteczne sposoby leczenia, preferując łagodniejsze niż ostre, gdy to możliwe. Podawałbym raczej słabsze niż mocniejsze leki, zawsze mając na celu zwiększenie prawdopodobieństwa pożądaných reakcji i zmniejszenie prawdopodobieństwa szkody.

Dobrym przykładem są leki SSRI. Fluoksetyna (Prozac) po raz pierwszy pojawiła się na rynku w 1986 roku i została okrzyknięta przełomowym sposobem leczenia depresji. W następnych latach ona i pochodne leki przepisywane były milionom ludzi. Skuteczność antydepresantów SSRI została udokumentowana w wielu badaniach randomizowanych z grupą kontrolną, „flagowym standardzie” naukowych dowodów sposobów leczenia. Ale z nastaniem XXI wieku moc leków SSRI zaczęła słabnąć. Nie tylko pojawiało się coraz więcej doniesień o poważnych skutkach ubocznych i reakcjach niepożądanych, ale naukowcom

coraz trudniej było odróżnić reakcję na leki SSRI od reakcji na placebo. Entuzjaści leków przyznają, że to może być prawda w przypadku łagodnej depresji, ale wierzą w wartość SSRI w przypadku umiarkowanej lub ostrej depresji. Dalszym badaniom nie udało się wykazać skuteczności w przypadku umiarkowanej depresji; wciąż jednak są ludzie, którzy wierzą, że są one skuteczne przy ostrej depresji. Gdy skuteczność SSRI miarowo malała, firmy farmaceutyczne zaczęły namawiać lekarzy, by wzmacniali je, łącząc z innymi lekami, szczególnie lekami antypsychotycznymi, takimi jak Rexutli.

Faktem jest, że wszystkie przepisy, jakie mamy i wszystkie testy, jakie wykonujemy, łącznie z badaniami randomizowanymi z grupą kontrolną, nie powstrzymały pojawienia się na rynku wielu bezwartościowych i niebezpiecznych leków. Badania mogą być zaprojektowane, dane zmanipulowane, a wyniki zinterpretowane w taki sposób, że nowe leki będą wydawały się skuteczniejsze, niż okazały się z czasem.

A nawet gdy leki działają, mogą nie działać tak, jak byśmy tego chcieli. Leki budujące kości, powszechnie stosowane, by leczyć związaną z wiekiem utratę gęstości kości (osteopenia), zwiększają masę kostną, ale jak skutecznie zapobiegają złamaniom, co jest korzyścią, której od nich oczekujemy? Jak zobaczysz w rozdziale 15, odpowiedź brzmi: „nie bardzo”. Statyny bardzo skutecznie obniżają poziom cholesterolu LDL („złego”) we krwi, ale czy to oznacza lepsze zdrowie i mniejsze ryzyko ataku serca? Jak dowiesz się w rozdziale 2, odpowiedź brzmi: „niekoniecznie”.

Co więcej, przy stosowaniu na dłuższą metę wiele z powszechnie przepisywanych leków może w rzeczywistości wydłużyć lub pogorszyć dolegliwości, które mają leczyć. Powodem jest homeostaza, podstawowa zasada fizjologii, która wyznacza tendencję żywego organizmu do zachowania równowagi. (Słowo

W następnych rozdziałach dowiesz się więcej o innych przykładach niezamierzonych konsekwencji polegania na lekach, które ilustrują naturalną tendencję organizmu do opierania się zakłóceniom. Obawiam się, że obecnie jest to bardzo częste. Powinny one motywować zarówno lekarzy, jak i pacjentów, by szukali sposobów radzenia sobie z przewlekłymi problemami zdrowotnymi bez bazowania jedynie na lekach. Powtórzę, że leczenie lekami może ratować życie w przypadkach poważnej i ostrej choroby i jest ważnym komponentem leczenia przewlekłych chorób *w kontekście pełnej opieki, która również obejmuje modyfikacje stylu życia i sposoby leczenia bez leków*. Długotrwałe stosowanie leków jako jedyne go sposobu leczenia nie jest mądre. Powód, dla którego napisałem tę książkę, jest prosty. Wierzę, że niewielu ludzi stosujących popularne leki rozumie ich działanie; to, czy działają na tyle dobrze, żeby usprawiedliwić ryzyko ich używania; oraz inne dostępne skuteczne metody leczenia, które można stosować wraz z nimi lub zamiast nich. Zacząłem ten projekt od stworzenia listy kategorii leków, które są najbardziej niepokojące; tych, które są przepisywane w nadmiernych ilościach oraz błędnie przepisywane, nadużywane i źle używane:

- antybiotyki,
- statyny,
- leki na chorobę refluksową,
- leki przeciwhistaminowe,
- leki na przeziębienie i grypę,
- leki nasenne,
- sterydy,
- niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ),
- leki psychiatryczne,
- leki na ADHD,
- opioidy,

- leki przeciwnadciśnieniowe,
- leki na cukrzycę,
- leki na osteopenię i inne uwarunkowania.

Ponieważ nie jestem ekspertem od wszystkich tych kategorii, poprosiłem kolegów lekarzy odpowiednich specjalności, by pomogli mi zebrać i ocenić informacje na ich temat. Większość współautorów to absolwenci lub członkowie kadry Centrum Medycyny Integracyjnej na Uniwersytecie Arizona, praktykujący klinicyści. Dodatkowo poprosiłem pediatrę, by napisała o nadmiarze leków stosowanych u dzieci oraz internistkę, która pracuje ze starszymi pacjentami, by dostarczyła dane dotyczące nadmiaru leków stosowanych u staruszków; uważam obie grupy wiekowe jako wymagające szczególnej troski. Poprosiłem też farmaceutkę, aby napisała rozdział o swoim spojrzeniu na nadużywanie i niewłaściwe stosowanie leków.

Pozwól, że wyjaśnię tę ostatnią decyzję. Ze wszystkich profesjonalistów zajmujących się zdrowiem, farmaceuci posiadają największą wiedzę o lekach, produktach sprzedawanych bez recepty oraz tych na receptę. Są uczeni radzenia zarówno lekarzom, jak i pacjentom w kwestii właściwych sposobów stosowania leków, łącznie z możliwymi interakcjami z innymi lekami. Niestety, farmaceuci są mało wykorzystywani w tym celu. (Najlepiej, gdyby byli w stanie też dawać rady dotyczące leków ziołowych, suplementów diety i innych naturalnych produktów poprawiających zdrowie oraz leczących choroby, a także ostrzegać konsumentów przed tym, w jakie interakcje mogą wchodzić z innymi lekami, ale edukacja farmaceutyczna w tej dziedzinie jest niewystarczająca). W rozdziale 18 magister farmacji Kim DeRhodes wyjaśnia, jak możesz wykorzystywać usługi, które

oferują farmaceuci: sesje zarządzania leczeniem farmakologicznym, aby pomóc ci stosować leki mądrze i unikać problemów.

Każdy rozdział zawiera jedną lub dwie prezentację przypadków – historię rzeczywistych pacjentów, którzy doświadczyli problemów często wywoływanych przez te popularne grupy leków. Wyjaśnię ich działanie, korzyści i zagrożenia. Dodatkowo poinformuję cię o innych sposobach radzenia sobie z dolegliwościami, które te leki mają leczyć i zasugeruję, jak może wyglądać integracyjny sposób leczenia tych dolegliwości.

Konsekwencje nadmiernego stosowania leków wykraczają poza reakcje niepożądane, interakcje z innymi lekami, brak skuteczności i niezamierzone pogorszenie problemów zdrowotnych. Koszt leków, szczególnie leków na receptę, jest ogromnym obciążeniem zarówno dla pacjentów i ich rodzin, jak i dla naszego upadającego systemu opieki zdrowotnej. Narzut na leki farmaceutyczne jest większy niż na jakikolwiek inny towar na rynku. Big Pharma usprawiedliwia to, powołując się na wysokie koszty badań, ale to, co firmy wydają na badania, to mały ułamek tego, co wydają na reklamę i promocję. Jeśli jesteś Amerykaninem, powinieneś również wiedzieć, że płacisz znacznie więcej za leki na receptę niż ludzie w innych krajach – czasami dwa razy więcej za ten sam produkt.

Koszty leków są często ukryte w niewielkich opłatach za ubezpieczenie, ale możesz być pewien, że producenci dostają swoje pieniądze; w rezultacie wszyscy płacimy. W Ameryce wydajemy na leki prawie 1000 dolarów na osobę rocznie, prawie dwa razy więcej niż w innych uprzemysłowionych krajach. Wydatki na leki na receptę w Stanach Zjednoczonych wynoszą prawie 300 miliardów dolarów rocznie – to znacznie przyczynia się do wzrostu kosztów opieki zdrowotnej. W prawie każdym przypadku integracyjny sposób leczenia, oparty na modyfikacji stylu życia

i rozsądnym stosowaniu naturalnych produktów oraz terapii bezlekowych, jest tańszy niż długotrwałe stosowanie leków na popularne dolegliwości zdrowotne.

Znacznie mniej uwagi zwraca się na wpływ wszystkich konsumowanych leków na środowisko. Wiele produktów farmaceutycznych nie jest trawionych ani zmienianych w organizmie. Opuszczają go i przenikają do środowiska, jak leki, które spłukujemy w toalecie i te, które kończą na wysypiskach śmieci. Gromadzą się one w zapasach wody, w glebie i w pokarmach, które spożywamy. Możemy nieustannie wchłaniać ich niewielki poziom, ale nie mamy danych, które pokazują, jak wpływają na nasze zdrowie w ciągu całego życia. Wiemy, że główną przyczyną zwiększania się odporności bakterii na antybiotyki – co jest obecnie poważnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego – jest nieustanna obecność tych leków w środowisku, głównie ze spływu rolniczego. (Prawie wszystkie zwierzęta, które hodujemy na pokarm, łącznie z rybami hodowanymi, karmione są antybiotykami, by wspomagać ich rozwój).

Informacje na tych stronach pomogą ci zostać mądrym konsumentem: wiedzieć, kiedy produkty farmaceutyczne są naprawdę potrzebne, być w stanie oszacować ich korzyści w porównaniu z możliwym zagrożeniem, uważać na przekonujące starania Big Pharmacy. Chcę także, abyś wiedział, że z wieloma dolegliwościami zdrowotnymi, omówionymi w następnych rozdziałach, można poradzić sobie bez leków lub za pomocą planów integracyjnego sposobu leczenia, które wykorzystują ich mniej, słabsze lub w mniejszych dawkach i w połączeniu z innymi metodami.

Gdy dorastałem pod koniec lat 40. i 50. ubiegłego wieku, lekarze przepisywali recepty po łacinie, by pacjenci nie mieli pojęcia o lekach. Aby zrealizować receptę, musiałeś wręczyć

ją farmaceutyce, który stał za wysoką ladą umożliwiającą ci widzenie tego, co robił. Niewielu pacjentów pytało o te praktyki. Oczywiście czasy się zmieniły. Paternalistyczny i autorytatywny styl lekarzy zeszłego wieku wyszedł z mody, a dzięki Internetowi informacje medyczne są dostępne dla wszystkich, którzy mają dostęp do komputera. Jednak, moim zdaniem, ludzie wciąż nie zadają wystarczająco dużo pytań o swoje leki i to również przyczynia się do problemu. Przyjmowanie leku tylko dlatego, że tak powiedział lekarz, nigdy nie jest dobrym pomysłem. Zawsze staraj się zrozumieć, dlaczego go potrzebujesz.

Być może zechcesz przeczytać tę książkę od deski do deski, ale możesz też przeglądać ją lub używać jako odniesienie, gdy tego potrzebujesz. Jeśli przyjmujesz jakiegokolwiek leki, które omawiam, prawdopodobnie będziesz chciał przeczytać najpierw o nich. Jeśli to, co przeczytasz, sprawi, że zaniepokoi cię to, że je przyjmujesz, pamiętaj o tych radach:

- Nigdy nagle nie odstawiaj przepisanych leków.
- Zawsze lepiej odstawiać stopniowo i pod nadzorem lekarza.
- Nigdy nie próbuj przerywać stosowania leków bez uprzedniego zastosowania środków, dzięki którym można uporać się z dolegliwością.

Lekarze, z którymi się konsultujesz, mogą nie znać sposobów leczenia bez leków ani podejść integracyjnych sugerowanych w tych rozdziałach. Razem z kolegami pracujemy nad tym, by zachęcić lekarzy i innych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem, aby się o nich dowiedzieli. Jeśli lekarze, z którymi się konsultujesz, nie są na nie otwarci, poszukaj praktyków wyspecjalizowanych w medycynie integracyjnej. (Zobacz część: Materiały na stronie 287).

Uwaga dotycząca nazw leków

Leki znane są pod nazwami ogólnymi oraz nazwami handlowymi. Pisząc o lekach w tej książce najpierw podaję nazwę ogólną, pisaną małą literą, a następnie, w nawiasie, pisaną wielką literą nazwę handlową – przykładowo: diazepam (Valium) i fluoksetyna (Prozac). Gdy wygasa patent oznakowanych marką leków, często pojawiają się tańsze formy generyczne.

Opioidy i leczenie przewlekłego bólu

Ból jest uniwersalnym ludzkim doświadczeniem. W medycynie ludowej i tradycyjnych systemach medycyny pełno jest sposobów leczenia oraz leków przeciwbólowych, z których wiele jest skutecznych, szczególnie w przypadku ostrego bólu. Najskuteczniejszy ze wszystkich jest mak lekarski (*Papaver somniferum*), stosowany w Starym Świecie od czasów starożytnych. Pochodne opium – od morfiny i kodeiny do oksykodonu (OxyContin) – znane pod wspólną nazwą *opioidy*, są wciąż naszymi najsilniejszymi lekami przeciwbólowymi. Są one stosunkowo bezpieczne, gdy stosowane właściwie, szczególnie przy krótkotrwałym poskramianiu ostrego bólu. Ale długofalowe leczenie przewlekłego bólu to inna historia. Zbyt częste używanie, błędne używanie i nadużywanie opioidów wciąż się szerzy, krzywdząc jednostki i społeczeństwo. Według danych z Centrum Kontroli Chorób, w 2010 roku amerykańscy lekarze przepisali ich tyle, że wystarczyłoby ich, aby leczyć każdego dorosłego w kraju, przez całą dobę, przez miesiąc. W kampaniach politycznych przed

wyborami prezydenckimi w 2016 roku wyborcy w wielu stanach, szczególnie w nowej Anglii, mówili kandydatom, że nadużywanie opioidów jest ich największym zmartwieniem, większym nawet niż ekonomia czy zagrożenia związane z terroryzmem.

Zastanów się nad tym studium przypadku:

Greg skończył szkołę średnią z wyróżnieniem. Kilka lat później, w 2007 roku, postanowił wstąpić do wojska, jak wcześniej wielu członków jego rodziny. Podczas początkowego piętnastomiesięcznego pobytu w Iraku, który obejmował kilka zadań bojowych, napisał do swojej dziewczyny i rodziców o narastającej walce z depresją i częstych koszmarach sennych. Wkrótce po powrocie do domu zdiagnozowano u niego zespół stresu pourazowego (PTSD) i przez kilka miesięcy chodził do psychologa. Po dodatkowym szkoleniu, w 2010 roku Greg wrócił do Iraku na drugą turę, służąc jako sanitariusz dla swojego oddziału w Bagdadzie.

Podczas drugiego pobytu w Iraku brał udział w czterech atakach min pułapek, w których doznał bolesnych urazów barku, a także wstrząśnienia mózgu (wstrząśnienie spowodowane było eksplozją, która zabiła kilku członków jego oddziału siedzących przed nim w humvee). Ponieważ jego początkowe leczenie niesterydowymi lekami przeciwzapalnymi i fizjoterapia nie zmniejszyły znacząco bólu, zaczął codziennie przyjmować opioidy, łącznie z hydrokodonem w połączeniu z acetaminofenem (Vicodin). Oprócz bólu barku i prawie codziennych bólów głowy, Grek zmagał się z poważnym lękiem, bezsennością i koszmarami. Bardzo przytył i ostatnio zdiagnozowano u niego stan przedcukrzycowy.

Po zwolnieniu ze służby i badaniu w lokalnym szpitalu dla weteranów zdiagnozowano u niego łagodne urazowe uszkodzenie mózgu (TBI). Podczas serii wizyt u różnych specjalistów jego leki przeciwbólowe zamieniono na długo działającą morfinę,

oksykodon połączony z acetaminofenem (Percocet), w zależności od potrzeby, oraz alprazolam (Xanax) i zolpidem (Ambitne).

Greg miał nadzieję, że znajdzie pracę w ośrodku zdrowia, ale nie był w stanie utrzymać stałej pracy. W pewnym momencie, po zwolnieniu, powiedział swojej dziewczynie, że jest „gotowy, by to zakończyć”. Ta skontaktowała się z jego rodzicami i rodzeństwem, którzy zapisali go na badania do regionalnego centrum medycznego dla weteranów, z możliwością stosowania medycyny integracyjnej.

Podczas swojej wizyty rozmawiał o swoim uczuciu porażki i nasilających się myślach samobójczych; przyznał się również do luk w pamięci oraz wybuchów agresji, które wpływały na jego związek i zdolność pracy. Zwierzył się, że gromadził swoje leki opioidowe na moment, kiedy „już nie będzie mógł sobie poradzić”.

W tym momencie powstał wszechstronny plan leczenia. Początkowo wziął udział w programie monitorowanego detoksu, połączonego z terapią behawioralną, w tym z terapią poznawczo-behawioralną. Dodatkowo, zespół jego lekarzy wdrożył terapię czaszkową, akupunkturę oraz uzdrawiający dotyk w ramach walki z bólem oraz terapię odżywiania i aktywności fizycznej, by uporać się z jego wagą i poziomem cukru we krwi. W trakcie leczenia chodził również na zajęcia, takie jak joga, tai-chi i rehabilitacja zawodowa. Po trzech miesiącach intensywnej terapii behawioralnej i opieki integracyjnej był w stanie wrócić do domu, wolny od wszystkich leków przeciwbólowych. Obecnie codziennie ćwiczy w domu i stosuje feedback, aby kontrolować swój ból i lęk. Był również w stanie rozpocząć pracę w lokalnej agencji non-profit, która pomaga bezdomnym weteranom zaspokoić podstawowe potrzeby mieszkaniowe i zdrowotne.

Natura przewlekłego bólu

Ból może utrzymywać się nawet podczas nieobecności wydarzenia, które go wywołało, rozwijając się w uporczywy, osłabiający zespół przewlekłego bólu, odporny na leczenie, obniżający jakość życia i powodujący ogromną frustrację u pacjentów, lekarzy, rodziny i społeczeństwa. Częstotliwość występowania zespołu przewlekłego bólu w ostatnich latach ogromnie wzrosła i stała się kosztownym obciążeniem systemu opieki zdrowotnej oraz wywołała debatę na temat strategii leczenia. Jednym z powodów tego wzrostu jest liczba powracających weteranów wojennych z poważnymi urazami, z których wiele byłoby śmiertelnych, gdyby nie ostatnie postępy w medycynie urazowej. Słabe wyniki leczenia w tej grupie, razem z zależnością od opioidów, zwracają większą uwagę na trudność radzenia sobie z przewlekłym bólem. Pojawia się konsensus, że same leki nie rozwiążą problemu.

Ból jest najczęstszym powodem, dla którego ludzie na całym świecie odwiedzają lekarzy. Może pojawić się jako ostry atak bólu dolnej części pleców, karku lub głowy. W większości przypadków te epizody przemijają, ale u ponad 1,5 miliarda ludzi na całym świecie i ponad 100 milionów Amerykanów problem utrzymuje się dłużej niż kilka miesięcy, stając się przewlekłym. Nie tylko nasila się ból w pierwotnym miejscu, ale najprawdopodobniej stopniowo przekształca się on w jednostkę, która wymaga całkowicie innego podejścia niż obecnie stosowane. Zespół przewlekłego bólu jest również związany z urazami, migreną, artretyzmem, fibromialgią i neuropatią (ból nerwowy, częstą komplikacją przy cukrzycy i reakcją niepożądaną na niektóre formy chemioterapii).

Obecnie rozumiemy, że gdy ból staje się przewlekły, ostrzegające go obszary mózgu zaczynają się zmieniać fizycznie

i komunikują się z pobliskimi obszarami mózgu, które normalnie nie mają nic wspólnego z bólem. Zaangażowanie tych innych regionów zdaje się być związane ze skomplikowanymi objawami, które często towarzyszą przewlekłemu bólowi, takimi jak zmęczenie, zaburzenia snu, depresja, lęk oraz zaburzenia poznawcze. Te „choroby współtowarzyszące” znacznie komplikują leczenie przewlekłego bólu, czyniąc go całkowicie innym od ostrego bólu. Niestety, w wielu okolicznościach pacjenci z zespołem przewlekłego bólu są wciąż leczeni, jakby dokuczał im ostry ból.

Nowsze, integracyjne podejście kładzie nacisk na zindywidualizowany sposób leczenia i stosuje wiele różnych procedur koordynowanych przez zespół specjalistów. Leki przeciwbólowe są komponentem tego podejścia, ale nigdy nie jedynym ani nawet najważniejszym.

NLPZ i acetaminofen

Aspiryna i inne niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ) są najpowszechniej stosowanymi lekami przeciwbólowymi, razem z acetaminofenem (Tylenolem), znanym również jako paracetamol – innym rodzajem leku, który ma niewielki wpływ na stan zapalny. Ludzie często leczą się tymi lekami samodzielnie, a ci z zespołem przewlekłego bólu mogą przyjmować je przez długi czas.

NLPZ zostały szczegółowo omówione w rozdziale 8. Mają ogromny potencjał szkodliwości przy długotrwałym stosowaniu, a także potencjał interakcji z innymi lekami i nigdy nie powinny być jedynym sposobem leczenia przewlekłego bólu. Acetaminofen pod względem działania przeciwbólowego jest porównywalny do aspiryny. Ogólnie jest bezpieczny, chociaż przedawkowania, które nie są rzadkością, mogą powodować poważne

uszkodzenia wątroby i niewydolność wątroby. W rzeczywistości toksyczność acetaminofenu zalicza się do najczęstszych przyczyn niewydolności wątroby w Stanach Zjednoczonych i innych krajach zachodnich; wiele osób po przedawkowaniu trafia na ostry dyżur, wiele wymaga hospitalizacji, a niektóre przypadki kończą się śmiercią. Ludzie, którzy regularnie piją alkohol są znacznie bardziej zagrożeni przedawkowaniem, podobnie jak ludzie, którzy regularnie używają produktów łączących acetaminofen i opioidy; wiele takich leków na receptę dostępnych jest na czarnym rynku. Ludzie, którzy spożywają dużo alkoholu i ci z chorobami wątroby powinni być ostrożni, jeśli stosują acetaminofen przy przewlekłym bólu.

Opioidy

W przypadku umiarkowanego i silnego ostrego bólu opioidy są najlepszym wyborem. Dwa naturalne składniki opium – kodeina i morfina – znane są od dawna*. Kodeina to słaba substancja przeciwbólowa, często łączona z aspiryną i acetaminofenem, stosowana jest również jako lek tłumiący kaszel. Morfina jest ważnym lekiem przeciwbólowym; tak jak inne opioidy, jest znacznie silniejsza, gdy podawana pozajelitowo, to znaczy nie doustnie, a w zastrzyku domięśniowym lub dożylnym. Przez lata chemicy majstrowali przy tych cząsteczkach, by stworzyć dziesiątki półsyntetycznych i syntetycznych odpowiedników, często podejmując daremne próby oddzielenia właściwości przeciwbólowych od uzależniających. Heroina pojawiła się na rynku w 1898 roku jako bezpieczny i skuteczny środek na kaszel i środek przeciwbólowy,

* Technicznie naturalne składniki opium znane są jako opiaty; termin *opioidy* określa półsyntetyczne i syntetyczne pochodne opiatów.

nieposiadający typowego dla morfiny ryzyka uzależnienia, które wtedy było już dobrze znane^{*}; pojawiały się również podobne stwierdzenia dotyczące nowych opioidów. Ostatnio producenci farmaceutyków udostępnili długo działające formy morfiny (jak MS Contin) i inne opioidy, takie jak fentanyl (Duragesic), hydromorfon (Dilaudid) i oksykodon (OxyContin).

Leki opioidowe działają, aktywując te same receptory w mózgu, które wiążą opioidy wytwarzane w organizmie. Te naturalne lub *endogenne opioidy* obejmują endorfiny, które wpływają na nastrój oraz postrzeganie bólu i mogą być wydzielane w reakcji na wiele bodźców, łącznie z ćwiczeniami fizycznymi i akupunkturą. Tak się składa, że cząsteczki wytwarzane przez mak lekarski łączą się z tymi samymi receptorami.

W przypadku ostrego bólu, na który nie działają NLPZ ani acetaminofen, opioidy są bardzo skuteczne. Działają również dobrze przy niektórych rodzajach przewlekłego bólu, ale przy innych już nie. Wielu ekspertów zgadza się obecnie, że ryzyko związane ze stosowaniem tych leków prawdopodobnie przewyższa korzyści, gdy stosowane są długotrwałe na większość bólów nienowotworowych, łącznie z bólem głowy, pleców i karku. Przy przewlekłym bólu, który jest epizodyczny, tak jak ból związany z migreną, fibromialgią i neuropatią preferowanymi lekami są acetaminofen i NLPZ. Wnioski z badania epidemiologicznego z 2006 roku brzmią: „Godne uwagi jest to, że leczenie opioidami długotrwałego, przewlekłego bólu nienowotworowego nie wydaje się przynosić żadnego kluczowego dla celów leczenia

^{*} To przez historyczny przypadek heroina w Stanach Zjednoczonych zaklasyfikowana została jako narkotyk z dużym potencjałem do bycia nadużywaną i bez korzyści terapeutycznych. Właściwie nie różni się fundamentalnie od morfiny; jest trochę silniejsza, więc przynosi taką samą ulgę w bólu przy zastosowaniu mniejszej dawki. To może być zaletą dla pacjentów, którzy nie tolerują mdłości i swędzenia, które często wywołują większe dawki morfiny. Heroina ma medyczne zastosowanie w Wielkiej Brytanii i innych krajach.

opiodami rezultatu: ulgi w bólu, lepszej jakości życia i lepszej zdolności funkcjonowania”.

Problem z opiodami

Przedawkowanie opiodów może skutkować śmiertelną depresją oddechową w wyniku bezpośredniego działania na ośrodek mózgu, który kontroluje oddychanie. Jest to mało prawdopodobne u pacjentów, którzy przyjmują je regularnie przy przewlekłym bólu, ponieważ tolerancja na to działanie rozwija się gwałtownie. Częściej zdarza się to, gdy opioidy połączone są z lekami uspokajającymi. Połączenie opiodów i benzodiazepin (benzodiazepiny – zobacz rozdział 9) jest wyjątkowo niebezpieczne, czterokrotnie zwiększa ryzyko przedawkowania. (Greg w przedstawionym na początku tego rozdziału studium przypadku przyjmował kilka opiodów i dwie benzodiazepiny).

Poza tymi przypadkami niepożądane skutki stosowania opiodów są raczej źródłem dyskomfortu niż zagrożenia życia. Do najczęstszych należą mdłości i wymioty, swędzenie, potliwość, zawroty głowy, senność i zaparcia. U starszych osób zawroty głowy mogą zwiększyć ryzyko upadku. Zaparcia mogą być poważne. Niektórzy ludzie stosujący długotrwałe leczenie opiodami doświadczają osobliwego nasilenia wrażliwości (przeczulicy bólowej), co sprawia, że najdelikatniejszy dotyk jest nie do zniesienia i ból staje się jeszcze gorszy.

W opiece nad pacjentami terminalnie chorymi – na przykład ludźmi w ostatnim stadium raka, którzy doświadczają nieustannego bólu – analgezja opiodowa może być koniecznością, ale wpływ leku na percepcję, czasami nazywany „zamgleniem umysłu”, może być niepokojący dla tych, którzy pragną pozostać

przytomni podczas procesu umierania i komunikować się z bliskimi. Niektórzy lekarze w hospicjach mówią, że kontrolowanie bólu za pomocą opioidów w takich okolicznościach jest wyzwaniem i zapewnienie należytej analgezji bez zmniejszania świadomości jest sztuką i wymaga umiejętności.

Oczywiście nadrzędnym problemem w długotrwałym stosowaniu opioidów jest uzależnienie i jego destrukcyjny wpływ na życie jednostki i na społeczeństwo. Regularne stosowanie jakiegokolwiek opioidowego leku przeciwbólowego może prowadzić do tolerancji (konieczności stosowania większej dawki, by utrzymać pożądany skutek), fizycznej zależności i uzależnienia. Fizyczna zależność, charakteryzująca się widocznymi objawami zespołu odstawienia, gdy przerwie się stosowanie opioidów, jest częstym zaburzeniem, ale to nie to samo, co uzależnienie, które jest znacznie poważniejsze. Szacuje się, że około 5% osób, które przyjmują opioidy przez ponad rok, uzależnia się od nich. Ludzie, którzy po zażyciu opioidów doświadczają euforii, szczególnie, gdy otrzymują je po raz pierwszy w zastrzyku, są bardziej obciążeni ryzykiem, podobnie jak ci, którzy biorą je, by stłumić ból psychologiczny. (Jak wspomniałem wcześniej, psychologiczne cierpienie jest ważnym komponentem zespołu przewlekłego bólu). Uzależnienie reprezentuje chaos w układzie nagrody w mózgu. Charakteryzuje się nie tylko fizyczną zależnością, ale również obsesyjnym skupieniem na narkotyku, problemami behawioralnymi, zaburzonym funkcjonowaniem społecznym i utratą produktywności.

Pod koniec lat 80. i na początku lat 90. używanie opioidów dramatycznie wzrosło. Nastąpiło to po wezwaniu klinicystów zajmujących się bólem, aby odpowiednio leczyć ból, łącznie z bólem niezwiązanym z rakiem. Doprowadziło do tego również wprowadzenie na rynek wspomnianych wcześniej długo działających form i ich energiczne promowanie przez producentów.

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków uznała za niezbędne wysłanie pisemnych ostrzeżeń do niektórych z tych producentów. Przykładowo, jednej z firm powiedziała, że jej reklamy „pomijają i minimalizują poważne zagrożenia związane z OxyContinem i promują jego zastosowania wykraczające poza te, w których udowodniono jego bezpieczeństwo i skuteczność”.

Ogólnie liczba recept na opioidy od 1999 roku wzrosła czterokrotnie; zanotowano też podobnie ostry wzrost przedawkowań, urazów i zgonów związanych z opioidami. Aż 60% powracających z wojny weteranów cierpi z powodu przewlekłego bólu (w porównaniu do 30% cywilów). U weteranów występuje dwa razy większe ryzyko śmierci z powodu przypadkowego przedawkowania opioidów niż u nie-weteranów. Co więcej, nastąpił alarmujący wzrost nadużyć związanych z receptami na opioidy. Firmy farmaceutyczne produkują znacznie więcej tych leków niż potrzeba do legalnego zastosowania medycznego i spora część tej produkcji trafia na czarny rynek. Nadużywanie OxyContinu jest notoryczne; jest tak popularny na amerykańskich wsiach, że zaczęto go nazywać „prostą heroiną”. Nadużywanie opioidów na receptę i błędne ich stosowanie kosztuje Stany Zjednoczone ponad 60 miliardów dolarów każdego roku, z czego prawie połowa tego związana jest kosztami ponoszonymi przez miejsca pracy (takimi jak utrata produktywności), a druga połowa to koszty opieki zdrowotnej (takie jak leczenie uzależnienia). Według ostatnich szacunków przepisanie komuś opioidów, takich jak OxyContin, kosztuje około 6000 dolarów. Nie obejmuje to dolarów wydanych na testowanie i monitorowanie leków ani na leczenie potencjalnych skutków ubocznych i rehabilitacji, gdy jest potrzebna.

Tej sytuacji winni są głównie lekarze. Odkąd z opium wyizolowano morfinę, przepisywali ją i pokrewne leki beztrąsko, często

nie zważając na ryzyko, przekonując samych siebie i pacjentów, że każdy nowy opioid jest bezpieczniejszy niż poprzedni. Gdy od lekarzy żąda się wyjaśnień ich zachowania, jak dzieje się co jakiś czas, wycofują się ze stosowania opioidów, czasami odmawiając ich pacjentom, którzy naprawdę ich potrzebują. Prędzej czy później powracają do tego samego nieodpowiedzialnego nawyku przepisywania opioidów. Doktor Richard A. Friedman, profesor psychiatrii klinicznej i dyrektor kliniki psychofarmakologii w szkole medycznej Weill Cornell w 2005 roku w artykule wstępnym w *New York Timesie* napisał: „To lekarze w dużej mierze wywołali obecną epidemię używania opioidów swoim beztroskim stosowaniem tych leków; naszą odpowiedzialnością jest to zakończyć”.

Przed 2011 rokiem wielu lekarzy zaangażowanych w promowanie rosnącego użycia opioidów publicznie przyznawało, że istnieją poważne problemy z zależnością od tych leków w przypadku długotrwałego leczenia przewlekłego bólu. W reakcji na gwałtowny wzrost błędnego używania i nadużywania opioidów na receptę wiele stanów zaczęło ograniczać ich dostępność. Rząd federalny również podjął działania, poddając producentów większej kontroli, nalegając na tworzenie lepszych preparatów i wymagając edukowania lekarzy w kwestiach bezpiecznego ich przepisywania. Dla niektórych osób z bólem, dla których opioidy były filarem leczenia, a szczególnie wtedy, gdy inne sposoby leczenia nie były od razu dostępne lub nie leżały w zasięgu możliwości finansowych, stało się to skutkiem niewystarczającego leczenia. Dla lekarzy była to kontynuacja niekomfortowego podejścia z zeszłego wieku. Zarówno w przypadku pacjentów, jak i lekarzy ta sytuacja przyspieszyła rozwój i akceptację integracyjnych podejść do leczenia przewlekłego bólu.



Dr Andrew Weil jest autorem czterestu książek, profesorem zdrowia publicznego, profesorem klinicznym medycyny i profesorem Reumatologii Integracyjnej na Uniwersytecie Arizona, a także dyrektorem Centrum Medycyny Integracyjnej na Uniwersytecie

Arizona. To międzynarodowy autorytet z dziedziny medycyny integracyjnej.

Nadciśnienie, alergie, depresja, bóle a nawet przeziębienie – na każdą z tych dolegliwości można nabyć wiele leków, z których zdecydowana większość jest dostępna bez recepty. Czy jednak warto z nich skorzystać? A może zamiast nas uzdrawiać, utrzymują nas w stanie choroby?

Autor bestsellerów ostrzega przed problemem nadużywania leków i określa, kiedy są one konieczne, a kiedy wręcz niewskazane. Dzięki opisom konkretnych przypadków, alternatywnym metodom leczenia i opiniom wiodących lekarzy, książka ta jest głównym źródłem informacji dla każdego, kto jest już zmęczony chorobami.

Postaw na zdrowie zamiast na leki!

Patroni:



Cena: 49,40 zł

